

ANNÉE 1928

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

PIERRE CAILLARD

Né le 7 Mars 1901, au Havre (Seine-Inférieure)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Rapports de la Tuberculose et de la Grossesse

Travail fait dans le Service du Professeur METZGER
à la Maternité de l'Hôpital Tenon

Président de Thèse : M. le Professeur JEANNIN.

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR
13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
PARIS

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

PIERRE CAILLARD

Né le 7 Mars 1901, au Havre (Seine-Inférieure)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

rapports de la Tuberculose et de la Grossesse

Président de Thèse : M. le Professeur JEANNIN.

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

PARIS

1928

I. — PROFESSEURS

Le Doyen M. ROGER

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux ..	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DEL BET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

Pathologie médicale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Pathologie médicale
 Physiologie
 Chimie biologique
 Pathologie chirurgicale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Pathologie médicale
 Histologie
 Pathologie médicale
 Pathologie médicale
 Hygiène
 Anatomie pathologique
 Physique
 Pathologie médicale
 Médecine légale
 Obstétrique
 Pathologie médicale
 Pathologie expérimentale
 Pathologie chirurgicale
 Pathologie médicale
 Urologie
 Anatomie
 Pathologie médicale
 Parasitologie
 Chimie biologique
 Pathologie chirurgicale
 Oto-rhino-laryngologie
 Obstétrique
 Pathologie mentale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Obstétrique
 Pathologie chirurgicale
 Pathologie chirurgicale
 Histologie
 Bactériologie
 Pathologie chirurgicale
 Physiologie
 Dermatologie et syphiligraphie
 Pathologie médicale

 Obstétrique
 Ophtalmologie
 Histologie

MM.

ABRAMI.
 AUBERTIN.
 BASSET.
 BAUDOUIN.
 BINET.
 BLANCHETIÈRE.
 BROCC.
 BRULÉ.
 CADENAT.
 CHABROL.
 CHAMPY.
 CHIRAY.
 CLERC.
 DEBRÉ.
 I. de JONG.
 DOGNON.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 ÉCALLE.
 FIESSINGER.
 GARNIER.
 GATELLIER.
 HARVIER.
 HEITZ-BOYER.
 HOVELACQUE.
 HUTINEL.
 JOYEUX.
 LABBÉ (Henri).
 LARDENOIS.
 LEMAITRE.
 LEVY-SOLAL.
 LHERMITE.
 LIAN.
 MATHIEU.
 METZGER.
 MONDOR.
 MOURE.
 MULON.
 PHILIBERT.
 QUENU.
 RICHTER Fils.
 SÉZARY.
 VALLÉRY-RADOT.
 (Pasteur)
 VAUDESCAL.
 VELTER.
 VERNE.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pathologie médicale	GOUGEROT.
Obstétrique	GUENIOT.
Histologie	TANON.
Pathologie médicale	RETTERER.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	ALGLAVE.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL LAVASTINE.
Clinique obstétricale	LE LORIER.
Clinique médicale infantile	LEREBoullet.
Clinique médicale	LERI.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique médicale	VILLARET.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON MAITRE

LE DOCTEUR A. BERGÉ

Médecin de l'Hôpital Broussais

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MEIS ET AMICIS

AU PROFESSEUR METZGER

Accoucheur de la Maternité de l'Hôpital Tenon

*Qui a bien voulu nous inspirer
le sujet de cette thèse.*

AU PROFESSEUR JEANNIN

Accoucheur de la Maternité de la Pitié

*Qui nous a fait le très grand honneur de
présider la soutenance de cette thèse.*

*Hommage de notre reconnaissance
et de nos sentiments respectueux*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553001_0051

INTRODUCTION

Nous n'avons point la prétention, dans ce court travail, de passer en revue tout ce qui a pu être écrit sur la question et encore moins de discuter les conclusions des auteurs qui s'y sont attachés; nous avons voulu seulement apporter un certain nombre d'observations de tuberculeuses pulmonaires accouchées à la Maternité de l'Hôpital Tenon et envisager les suites de couches de la mère en même temps que l'état du produit de conception.

Nous devons à la bienveillance de notre Maître, le Professeur Metzger, le sujet de cette thèse et nous tenons à l'en remercier ici en même temps que de l'enseignement dévoué et éclairé qu'il a bien voulu nous prodiguer.

HISTORIQUE

Toutes les opinions ont été admises au sujet des rapports de la grossesse sur la tuberculose.

Pour Cullen, au commencement du siècle dernier, la grossesse s'opposait au développement de la tuberculose et ce ne serait qu'après l'accouchement que les symptômes reprendraient avec violence et produiraient la mort en peu de temps.

Louis, le premier, fit ressortir l'influence fâcheuse de la grossesse sur la tuberculose. Son opinion fut défendue par Stoltz qui constatait que chez une femme prédisposée à la tuberculose pulmonaire, la grossesse pouvait changer cette prédisposition en maladie confirmée et que lorsque l'affection existait, elle en hâtait le dénouement.

Pour Pinard « dans la majorité des cas, la grossesse loin d'enrayer la tuberculose pulmonaire, en accélère au contraire la marche. Mais il faut reconnaître que quelquefois elle n'est influencée ni en bien ni en mal et que même dans un certain nombre de cas les symptômes paraissent définitivement arrêtés ».

Pour Léon Bernard, « une grossesse survenant chez

une tuberculeuse ou chez une femme pouvant le devenir, n'offre pas plus de risques d'augmenter ou de créer la tuberculose, que de chances de demeurer à cet égard sans influence ».

Pour Sergent et Ritz, l'aggravation de tuberculose ne fait aucun doute, que cette aggravation se manifeste avant ou après l'accouchement.

Pour Baumgarten et Landouzy, la transmission directe de la tuberculose de la mère au fœtus existe, tout en étant exceptionnelle.

Landouzy désignait ces faits sous le nom « d'hérédité de terrain ».

Sabouraud, à la Société de Biologie en 1891, déclarait avoir trouvé des bacilles dans les lésions d'un enfant nouveau-né, mort onze jours après sa naissance.

Différents cas de tuberculose fœtale ont été signalés chez des enfants ayant succombé quelques jours après leur naissance par Baumgarten et Rolof en 1892, Lehman en 1893, Schmoll et Kockel en 1893.

Des inoculations au cobaye avec des produits de trituration de placenta de femmes bacillaires, de sang prélevé au niveau de la veine ombilicale faites par Aviragnet (1890) ont été positives.

Grancher et, à sa suite Ritz et de nombreux auteurs ont voulu nous donner comme indiscutable l'affirmation

de non hérédité, l'inexistence de la prédisposition de terrain et incriminer la seule contagion après la naissance.

En 1913, MM. Lumière, Vigne et Chevrottié firent couvrir par un mâle tuberculeux une femelle de cobaye exempte de tuberculose qui venait d'avoir une portée, après cette nouvelle mise à bas un croisement eut lieu avec un mâle sain.

Les cobayes de la première et dernière portée se développèrent normalement alors que les descendants du mâle tuberculeux moururent dans un délai de trois mois, porteurs de ganglions où pullulaient les bacilles de Koch, tandis que les animaux issus des mâles sains, sacrifiés six mois plus tard, ne présentaient aucune lésion.

Plus récemment, Calmette, Waltis et Lacomme, dans une communication à l'Académie des Sciences, montrent que le passage du virus filtrant pendant la gestation de la mère au fœtus, est plus fréquent qu'on ne l'avait cru ; que cette infection est réalisée par des éléments invisibles au microscope, filtrables à travers les bougies pathogènes pour le cobaye.

Pour MM. Bar, Brindeau, Metzger, les enfants nés de femmes tuberculeuses sont, dans la majorité des cas, des prématurés chétifs et débiles dès leur venue au monde.

Interruption de la grossesse

L'aggravation de la tuberculose, ou même le réveil de lésions anciennes, semblant cicatrisées sous l'effet de la gestation étant admises, il était naturel que l'on songeât à supprimer la cause de cette aggravation dans l'espoir de l'enrayer par interruption de la grossesse.

La question fut vivement discutée et l'est encore, et compte des partisans résolus en même temps que des adversaires irréductibles. Nous résumerons la majorité des opinions émises sur la question, tant à la conférence de l'Union Internationale contre la tuberculose qu'à l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française.

Deuxième Conférence de l'Union Internationale contre la Tuberculose (Lausanne, 5 et 7 avril 1924).

Le Professeur Forsfner, de Stockholm, rapporteur, reprenant l'opinion de Lindhagens à son compte déclare qu'en matière d'avortement : « Nous savons ce que nous sacrifions : la vie d'un enfant, mais nous ne savons pas ce que nous gagnons ». En ce qui concerne les femmes tuberculeuses, il

ne croit pas qu'on puisse imputer à la grossesse l'aggravation de leur état.

M. Bezançon estime l'avortement aussi dangereux que l'accouchement. Il a vu toutefois à maintes reprises des tuberculeuses dont l'état s'était considérablement aggravé, au cours et à la suite d'une grossesse.

Il lui paraît donc préférable pour une tuberculeuse d'éviter la conception.

M. Ritz s'associe aux conclusions du rapporteur, en ce qui concerne l'avortement mais s'en écarte en ce qui concerne le pronostic de la tuberculose chez les femmes enceintes.

M. Dumarest, « la grossesse peut être permise dans les formes bénignes et inactives sans bacilles de Koch et sans expectoration. Si une tuberculose jusqu'alors inactive se trouve aggravée par un début de grossesse on doit envisager l'interruption thérapeutique ».

M. Kuss, « il est des cas très rares où une indication tout à fait individuelle d'interruption doit être prise en considération ».

Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, 9 et 10 avril 1923.

Guerdnkoff, de Genève, est d'avis d'ajourner la grossesse dans les cas de formes curables des femmes tuberculeuses pulmonaires et de ne la déconseiller que lorsque le cas sera

grave. Si elle survient il trouve son interruption indiquée et à pratiquer systématiquement au cours des dix premières semaines. En cas de lésions plus graves et plus étendues, il recommande dans ce cas, « car les femmes ont plus de valeur que des enfants de santé et de vie problématique qu'elles mettent au monde », la stérilisation tubaire.

M. Bar arrive à des conclusions identiques, mais insiste sur l'utilité des renseignements que l'on peut tirer de l'intra-dermo-réaction à la tuberculine qui, négative, est d'un pronostic grave.

Pour M. Brindeau, de Paris, toute tuberculeuse enceinte dont l'état est nettement aggravé par le début de sa grossesse, doit subir une intervention ayant pour but d'interrompre le cours de la gestation.

En ce qui concerne les enfants, les Phtisiologues ont exagéré en disant que les fœtus de mères tuberculeuses sont normaux. Ils sont souvent chétifs, nés avant terme et les statistiques favorables publiées sont établies dans des conditions telles, qu'elles sont inexactes.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1656

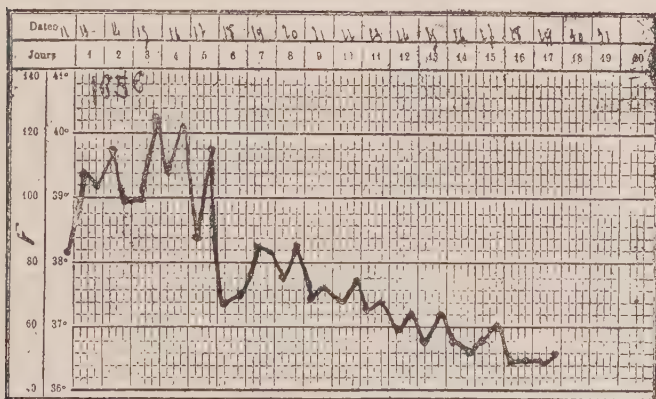
Mme X., 1^{re} pare, 23 ans.

A. H. — Parents bien portants; six frères et sœurs bien portants; deux morts en bas-âge.

A. P. — Réglée à douze ans et demi, régulièrement.

A. Path. — Rougeole, rhumatisme articulaire.

Grossesse actuelle, dernières règles : 1^{er} mai.



Etait soignée en médecine depuis quinze jours pour pleurésie, température, 39°.

11 décembre, auscultation : respiration rude, souffle tubaire

lointain dans le lobe supérieur du poumon gauche, quelques râles sibilants à la base gauche. Auscultation normale à droite.

3 heures : premières douleurs.

5 heures 40 : accouchement spontané par le sommet, d'une fille vivante, pesant 1.530 grammes.

5 heures 40 : accouchement par le siège, d'une fille vivante de 1.620 grammes. Grossesse bi-choriale.

Hémorragie après la délivrance, traitement habituel.

13 décembre : auscultation. A gauche, matité de la moitié inférieure; dans la moitié supérieure, gros craquement; aux deux temps, respiration rude et soufflante.

Dans la moitié inférieure, diminution extrême du murmure vésiculaire. On entend, malgré un épanchement probable, quelques sous-crépitants.

A droite, on ne trouve rien à l'auscultation.

14 décembre : décès des deux jumeaux. Intradermo-réaction à la tuberculine faiblement positive, la femme rentre chez elle, sans fièvre, mais dans un état général médiocre. Nous apprenons que la femme est décédée une quinzaine de jours après avoir regagné son domicile.

OBSERVATION N° 1628

Mme X..., 32 ans, I pare.

Antécédents personnels : néant.

Grossesse actuelle : réglée le 1^{er} mai 1927 pour la dernière fois. Se marie le 15 mai de la même année.

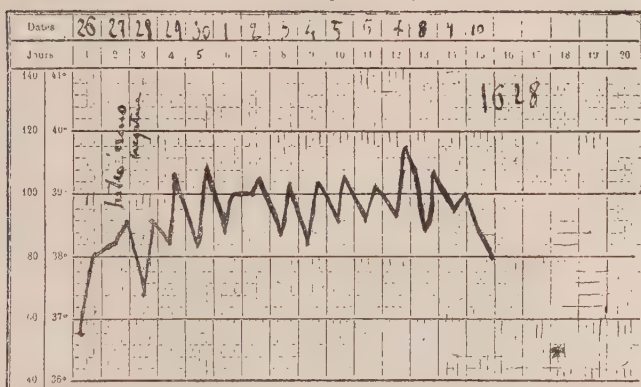
Juin : a commencé à maigrir et à tousser au mois de juin.

Juillet : a consulté à Debrousse où on découvre des lésions d'infiltration au sommet gauche.

Le 7 septembre : pneumothorax gauche interrompu à la fin d'octobre à cause d'une pleurésie réactionnelle très importante. Entre à la Maternité le 25 novembre à dilatation complète.

A 1 heure 20, accouchement spontané d'un enfant pesant 1.580 grammes.

SUITES DES COUCHES



A 1 heure 40, délivrance naturelle (250 gr.).

Examen : femme très émaciée.

Auscultation pulmonaire :

A gauche, matité dans toute l'étendue du champ pulmonaire.

A droite, respiration soufflante au sommet, normale dans le reste du poumon.

27 novembre : intradermo-réaction : négative.

28 novembre : décès de l'enfant.

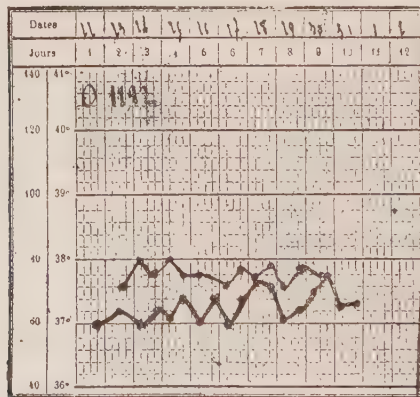
Etat stationnaire de la mère qui reste très dyspnéique, fébricitante et malgré l'avis du Professeur Metzger regagne son domicile dans un état général très médiocre.

OBSERVATION N° 1192

Mme R..., 25 ans. Trigeste.

Entre en douleurs le 24 novembre, à la Maternité.

Antécédents Personnels. — Grippe en 1918. Très longue convalescence, au cours de laquelle elle a présenté une hémoptisie. Bronchite chronique, touse et crache continuellement. L'examen des crachats a toujours été négatif.



Première grossesse en 1919 : accouchement normal d'un enfant vivant, actuellement bien portant.

Deuxième grossesse en 1921 : normale.

Troisième grossesse en 1923 : grossesse extra-utérine opérée avant rupture; on a enlevé l'ovaire gauche.

Grossesse actuelle : dernières règles le 2 mars 1924.

Présentation en O I G A.

24 novembre : *appareil pulmonaire*. — En arrière : submatité au sommet gauche. Râles ronflants et sibilants bilatéraux. En avant : submatité au sommet droit. Râles de bronchite.

3 décembre : quelques douleurs dans la nuit, perte de quelques glaires. Col non effacé. Bruits du cœur bons. Sueurs nocturnes très abondantes. Les râles de bronchite ont diminué du côté droit, mais à gauche, surtout à la base, râles très gros et humides.

9 décembre : *intradermo-réaction*. — Positive à 1/5000, à 1/10000, à 1/20000.

22 décembre : accouchement normal en cinq heures d'une fille pesant 3.820 grammes. En dix jours, l'enfant avait repris son poids de naissance après avoir perdu 300 gr. Quant à la mère, après quelques irrégularités de température oscillant entre 37° et 38° jusqu'au 1^{er} janvier, elle est rentrée chez elle, toussant toujours, mais sans que son état se soit aggravé.

En dehors de toute infection puerpérale cette femme a fait dix jours durant quelques oscillations thermiques (voir courbe).

L'enfant semble se développer normalement. L'intrader-

mo-réaction a été fortement positive et les lésions de la mère ne semblent pas avoir été aggravées par l'accouchement.

OBSERVATION ?

Femme de 19 ans (première grossesse). Dernières règles : 26 avril.

Début de la maladie : le 12 novembre. La femme qui, depuis quelques jours, avait un peu de bronchite, se sent oppressée, a des points de côté et est très dyspnéïque.

Le 16 novembre : elle entre dans un service de Médecine de l'Hôpital Tenon.

Le 22 novembre : la femme a quelques contractions utérines douloureuses, elle est alors passée à l'isolement de la Maternité. Grossesse de huit mois.

Toucher vaginal à 9 heures 30 : tête descendue ; dilatation petite paume.

Examen pulmonaire :

A droite : à la partie moyenne, respiration soufflante, gros râles humides après la toux.

A gauche : à la base, matité, grosse diminution de la respiration, pas de râles.

38 respirations à la minute.

Pouls à 130.

Dix-huit heures : décès.

COMPTE RENDU DE L'AUTOPSIE LE 25 NOVEMBRE

Après incision de la paroi : on constate l'existence d'un peu de liquide citrin dans la cavité abdominale.

Après ablation du plastron sterno-costal, on trouve une abondante quantité de liquide purulent dans la plèvre gauche.

Examens des différents organes :

Poumon droit : très congestionné, présente une hépatisation de tout son lobe moyen.

Poumon gauche : est rétracté sur son Hile.

Cœur : ne présente rien de particulier.

Foie : très augmenté de volume, pesant 2.350 grammes; à la coupe aspect jaunâtre.

Rate : un peu augmentée de volume, mais rien de particulier à la coupe.

Reins : normaux.

Utérus : est prélevé en entier avec son contenu et mis dans le formol.

OBSERVATION N° 265

Mme D... J., 39 ans, VIII pare.

Entre à l'isolement de la Maternité le 18 janvier, enceinte à terme, parce que depuis plusieurs semaines, elle a de la laryngite et une expectoration sanguinolente.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante. Père bien portant.

Antécédents personnels. — Six enfants vivants, un décédé.

Réglée à douze ans régulièrement. Laryngite depuis un an et demi. Actuellement, tuberculose pulmonaire.

Examen pulmonaire. — Respiration rude et soufflante aux deux sommets surtout à droite. Râle fin après la toux à droite. Intradermo-réaction négative.

1^{er} février 1925 : accouchement spontané d'une fille vivante, pesant 2.450 grammes. Mauvais état général de la mère : dyspnée, toux, expectoration nummulaire. Bacilles de Koch dans les crachats. Température, 38°2.

Auscultation pulmonaire. — Grosses lésions d'infiltration.

2 février : laryngite, suffocation et grosse dyspnée.

8 février : décès par asphyxie.

Autopsie : infiltration grise avec nombreuses cavernes des deux lobes supérieurs. Dans les lobes inférieurs quelques noyaux de broncho-tuberculose presque casséifiés.

A la surface du poumon droit, nombreuses granulations tuberculeuses.

Pas d'autres granulations sauf sur le foie.

Rate petite.

Intestin normal.

Rein droit présente une poche de pus du volume d'une noix.

12 février : l'enfant est emmenée par ses grands-parents, elle a perdu 400 grammes de son poids de naissance.

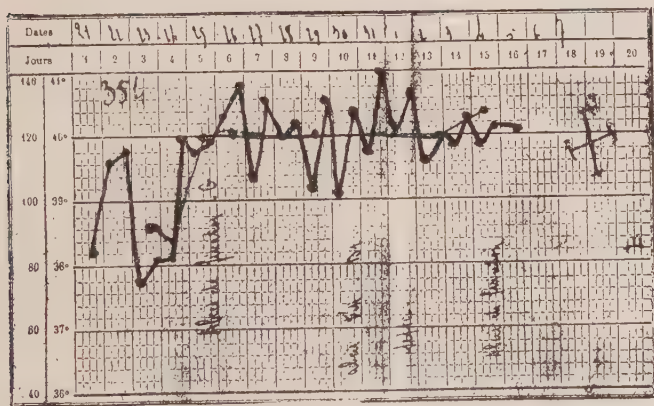
OBSERVATION N° 354

A. B..., 19 ans. 21 mars 1925 : entre à Tenon, à 19 h. 25.
Primipare.

Antécédents. — Néant.

Grossesse actuelle. — Dernières règles, il y a trois mois, si bien que la femme ne se croyait enceinte que de deux mois. Elle n'a jamais consulté et ce n'est qu'hier que sont apparues des douleurs assez vagues allant se rapprochant pour lesquelles elle est amenée à Tenon, à 19 heures 25.

Examen. — Tête à la vulve en O. P.



19 heures 30 : accouchement spontané d'un gerçon pesant 3.200 grammes. Délivrance naturelle complète pesant 400 grammes.

21 mars : température, 38°, aussitôt après l'accouchement.

22 mars : température, 40°.

25 mars : température, 40°.

Pertes rouges mais fétides.

Abcès fixation de deux centimètres cubes d'essence de térébenthine dans la cuisse droite.

25 au 29 mars. — Température, de 40° à 41°. Réaction au niveau du point d'injection de l'essence de térébenthine assez faible.

30 mars : abcès fixation dans la cuisse gauche.

1^{er} avril : Septicémie.

2 et 3 avril : délire et prostration.

4 avril : 3^e abcès de fixation dans la cuisse gauche.

5 avril : congestion pulmonaire droite. Polypnée.

6 avril : décès à 7 heures 30.

AUTOPSIE

Poumons : granulie généralisée des deux poumons.

Granulations très confluentes avec tendance à la casséification à la partie inférieure du poumon gauche.

Cœur : normal.

Rate : volume normal. Granulations petites.

Foie : gros. Dégénérescence graisseuse, peu accentuée. Granulations petites, discrètes.

Reins : granulations intra-rénales.

Péritoine : pas de granulations.

Utérus : consistance normale. Corne droite : caillot de sang. Pas de lésion apparente de la muqueuse. Pas de lésion des pédicules.

Cerveau : pas de granulations ni de tuberculose méningée.

Enfant. — Nourri au lait de nourrice et séparé de sa mère dès la naissance. Pesant 2.900 grammes en naissant et 3.200 grammes à sa sortie.

OBSERVATION N° 1.730

Mme G..., 40 ans.

Entre à la salle Nélaton dans le service du Docteur Weil, parce qu'elle tousse.

1918 : le début remonte à dix ans. Tous les hivers, bronchites avec crachats purulents sans horaires fixes.

1924 : il y a trois ans, consulte à Laënnec, on ne trouve pas de bacilles dans les crachats; on l'envoie cependant en sanatorium où elle fait une cure de trois mois. La toux cesse, elle recommence à travailler.

1927 : depuis septembre, asthénie considérable, toux continue, hémoptisies à plusieurs reprises, gros accès de dyspnée.

Conditions de vie médiocres, la malade n'a pas toujours à manger.

20 décembre : la femme, qui présente une dyspnée considérable depuis son accouchement, meurt.

23 décembre : mort de l'enfant.

AUTOPSIE

Dès l'ablation du plastron sterno-costal, on est frappé du volume considérable du poumon droit, qui est adhérent de partout et pèse 1.720 grammes.

A la coupe : coque scléreuse épaisse entourant la totalité du poumon. Hépatisation de tout le lobe supérieur qui est verdâtre et laisse échapper du pus, les bronches ne semblent pas dilatées.

Le poumon gauche, qui est de volume et de poids normal, laisse échapper à la coupe une écume rosée et se laisse couper difficilement.

Foie volumineux, ayant l'aspect de la dégénérescence graisseuse.

Rien à signaler aux autres organes.

AUTOPSIE DE L'ENFANT

N'a rien montré de particulier.

Antécédents :

Réglée à quinze ans.

Quatre enfants bien portants, une fausse-couche, un mort-né macéré.

Actuellement : enceinte de sept mois.

Examen. — Femme très émaciée, varices aux jambes.

Auscultation pulmonaire : Râles de bronchite bi-latéraux. Submatité à gauche dans tout le champ pulmonaire et respiration rude au sommet.

On fait dans le service du Docteur Weil le diagnostic de dilatation des bronches et on envoie la femme qui ressent quelques douleurs à la Maternité.

18 décembre : accouchement d'un enfant vivant de 2.000 gr., au terme de huit mois environ.

OBSERVATION N° 523

Mme T... L., 34 ans. III pare. 1^{er} mai 1925.

Antécédents personnels. — Bronchite à répétition. Hémoptysie l'année précédente. A douze ans, arthrite bacillaire du genou droit. Guérie après six mois de traitement sans immobilisation ni ankylose. A vingt ans : pleurésie gauche et grosse hémoptysie.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à quarante-huit ans de tuberculose pulmonaire.

Antécédents collatéraux. — Ni frère, ni sœur.

Antécédents obstétricaux :

Première grossesse : normale. Accouchement à 8 mois $\frac{1}{2}$.

Enfant de santé délicate.

Deuxième grossesse : normale. Accouchement à terme d'un enfant bien portant.

Grossesse actuelle. — Procréateur différent. Dernières règles le 6 juillet. Venue consulter à Tenon il y a un mois. Pas d'albumine. Premières douleurs le 1^{er} mai dans la matinée. Entre à la salle de travail le soir à 19 heures. Accouchement à 3 h. 35, d'une fille vivante, pesant 2.800 gr.

4 mai : intradermo positive.

8 mai : tousse moins qu'avant son accouchement, mais accuse une grande faiblesse et des maux de tête. Pas de bacilles de Koch dans les crachats.

15 mai : décès de l'enfant.

OBSERVATION N° 620

Femme de 32 ans, cinquième grossesse.

Antécédents héréditaires. — Parents, frères et sœurs disparus depuis la guerre.

Antécédents personnels : aurait marché à neuf mois. Rougeole et scarlatine dans l'enfance. Réglée à 16 ans, régulièrement. Pas de troubles douloureux. Ne toussait pas avant 1918 (pas de bronchite, pas de toux matutinale avant cette époque). Bronchite en 1918. Depuis, tousse presque tous les matins. Bronchites chaque hiver. Depuis 1927, tousse sans arrêt, crache, maigrit depuis neuf mois.

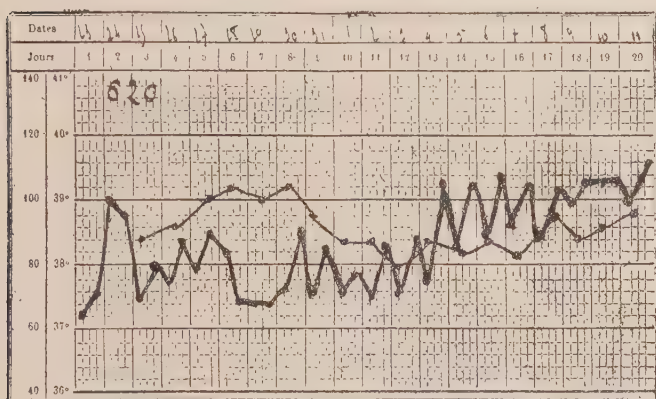
Grossesses antérieures ;

1914 : à terme. Sommet. Enfant élevé au sein. Mort à quatre mois. Méningite.

1918 : à terme. Siège. Enfant élevé au sein pendant quatre mois. Bonne santé.

1919 : à terme. Sommet. Enfant mort à quinze jours (Poids, naissance, 4 kilos).

1920 : à terme. Sommet. Enfant de 4 kil. 250. Elevé au sein deux mois. Mort à neuf mois.



Grossesse actuelle. — Dernières règles : 18-22 août. A consulté à sept mois. N'est pas revenue les jours suivants comme cela le lui avait été conseillé. Vomissements quotidiens : après chaque repas du deuxième au sixième mois. Mouvements actifs à quatre mois. Se repose au début du sixième mois (à cause des étouffements et de la fatigue). Depuis le sixième mois : dyspnée, polypnée, même au repos, même la nuit. Dit tousser un peu moins depuis le début de la grossesse. En particulier, plus de quintes comme auparavant. Crache abondamment. Ce-

pendant, nuits mauvaises à cause des quintes de toux. Depuis le 15 mai : douleurs lombaires fréquentes, très espacées.

Entre le 18 mai : aspect général médiocre, faciès décoloré. amaigrissement, ongles hippocratiques. Abdomen volumineux, très ballonné. Importante circulation collatérale, sus et sous-ombilicale, et péri-mammaire : contractions intestinales, fréquentes, visibles sous la peau, dans la région des deux flancs. Pas d'œdème des membres inférieurs.

A la palpation : douleur très nette sous le rebord costal droit, correspondant à une douleur spontanée que la malade ressent depuis le début du septième mois. Pas d'irradiations ascendantes. On ne trouve pas de phénomènes de flot.

Examen pulmonaire. — en arrière : submatité, sommet gauche. Sous-crépitants disséminés prédominant à gauche. Au sommet gauche : souffle rude, splélonque droite. En avant : sous-crépitants disséminés.

Cœur : rapide, 96. Pas de bruits surajoutés. Pouls régulier, bien frappé.

Urines : pas d'albumine.

Examen obstétrical. — 22 mai : tête engagée. Dos à gauche. Bruits du cœur fœtal normaux. Toucher : col perméable, 1 fr. très en arrière, ramène des glaires sanguinolents. A cause de l'état grave de la femme, on décide une césarienne avec hystérectomie.

22 mai, 17 heures 15 : Rachi-anesthésie (M. Riche), on arrive difficilement dans le canal rachidien, on fait la ponction lombaire entre les 3^e et 4^e lombaires. Le liquide est hypertendu, on en laisse écouler une petite quantité, avant de faire l'injection de novocaïne stovaine strychnine. Incision sus et sous-ombilicale; on pense extraire sans extérioriser. Incision de l'utérus en place. Placenta en avant et à droite. On repère les bords de la plaie utérine avant de décoller l'œuf, on arrive ensuite à sortir l'œuf entier sans l'ouvrir pour éviter l'écoulement du liquide chaud sur la femme qui ne dort pas. Extériorisation de l'utérus. Hystérectomie subtotala avec castration bilatérale. A ce moment, la femme qui jusque là avait été très calme commence à souffrir, à se plaindre, à tousse et à pousser, on essaye de continuer à faire les ligatures dans d'assez mauvaises conditions, l'intestin venant gêner, on est obligé de recourir à l'anesthésie générale chloroformique pour terminer. Pendant ce temps, les ligatures ont partiellement lâché. Un hématome s'est fait sous le péritoine vésico-utérin, on arrive pourtant à faire une hémostase parfaite. La péritonisation est plus difficile, le péritoine de la région du thrombus se déchire. Fermeture de la paroi en trois plans.

Anesthésiée dès le début, la femme se sent mal à l'aise. Nausées. Pâleur. Sensation de manque d'air, phénomènes qui se continuent jusqu'au moment de l'anesthésie géné-

rale, malgré l'absorption par la bouche de XX gouttes d'adrénaline. Pendant le chloroforme, la femme se cyanose, tousse, crache. L'opération se termine pourtant favorablement.

Enfant : garçon, 2.620 grammes, crie presque aussitôt l'ouverture de l'œuf. Placenta : 320 grammes. L'état général contre-indique l'allaitement maternel.

23 *mai* : sondage dans la nuit. A mal dormi (n'a pas eu de piqûre). Au matin : faciès fatigué. La femme souffre un peu de la région pelvienne. Température : 37°5. Pouls : 100. Voix couverte.

24 *mai* : une piqûre de morphine dans la nuit. Voix éteinte. Dysphagie. Pas de picotements laryngés.

25 *mai* : nuit meilleure que les précédentes (une piqûre morphine). Voix éteinte. Pas de douleur laryngée. Amygdales un peu turgescents. Enduit pultacé à gauche. Gaz. Epreintes. Pas de selles.

28 *mai* : intradermo-réaction (tubercul. Pasteur). La première (sérum) négative; les trois autres également positives.

6 *juin* : dit tousser un peu moins que les jours précédents. Crache beaucoup (crachats nummulaires). Du côté de l'abdomen : constipation depuis quarante-huit heures, succédant à crise diarrhéique du 4 juin (cinq selles, liquides jaunes fétides dans la nuit). Pas de coliques.

8 *juin* : la malade a une quinte de toux environ toutes les quinze minutes. Elle se plaint de la gorge depuis hier.

elle souffre à la déglutition. L'examen révèle une angine pultacée des deux amygdales. Depuis un lavement administré le 6 juin, la malade n'a pas eu de selles.

9 juin : la femme a eu un lavement de gorge à l'eau oxygénée et un badigeonnage hier soir (collutoire à la résorcine). La gorge va mieux, la femme souffre moins. Cependant, peu de changement au point de vue local : la gorge paraît un peu moins rouge. Elle tousse et crache beaucoup. La fièvre se tient entre $38^{\circ}5$ et $39^{\circ}5$. Selles régulières.

10 juin. — Examen laryngoscopique : paralysie récurrentielle gauche. Pas de lésions de laryngite bacillaire.

12 juin : la femme parle très difficilement. Elle n'est plus oppressée. Température : $39^{\circ}3$. Elle tousse et expectore beaucoup. Pas de sucre. Elle n'est pas constipée. Elle souffre moins de la gorge.

18 juin : mort de l'enfant qui jusqu'à ce moment s'est mal développé et a présenté des constantes oscillations de poids et de température. La température oscille toujours entre 38° et 39° . La voix de la femme s'éclaircit. Elle tousse moins, dans la journée. Elle tousse surtout la nuit, même expectoration.

La femme sort le 12 juillet (intraderno-réaction négative). La plaie est en voie de cicatrisation : les deux endroits où la cicatrice a lâché sont presque épidermisés. La température reste à 39° . Etat général stationnaire.

OBSERVATION N° 816

Mlle X..., 36 ans, 1925.

7 décembre 1925 : vient d'un service de Médecine où elle est en traitement pour bacillose, parce qu'elle est enceinte de trois mois et demi.

Antécédents personnels : rien jusqu'en 1918.

1918 : grippe qui dure un mois depuis cette date, tousses tous les hivers.

1922 : affection pulmonaire en mai. Juillet, hémoptysie qui dure une journée. Température non prise.

1925 : hémoptysies fréquentes, une température nécessitant l'hospitalisation de juin à juillet. Pas d'amaigrissement. Pas de B. K. après homogénéisation. Dernières règles : 24 à 29 juillet 1925.

Août : état général relativement bon.

Septembre : hémoptysies au début du mois, une fois par semaine. Amaigrissement.

Octobre : mauvais état général.

Novembre : entre à Tenon pour hémoptysie, sans température. Bacilles de Koch dans les crachats.

25 novembre : examen génital, grossesse, trois mois et demi. Etat général relativement bon. Pas de température.

Examen pulmonaire : infiltration du sommet gauche en avant et en arrière, râles humides. Sommet droit : râles en avant seulement. La radio révèle des marbrures dissé-

minées dans les deux champs pulmonaires. Plus marquées à gauche.

Intradermo : très légèrement positive.

Hystérectomie : rachi-anesthésie. Sept centigrammes de stovaine. Laparotomie médiane, sous-ombilicale. Hystérectomie subtotale au ras du col sans ouvrir l'œuf. La malade parle au cours de l'opération et ne présente aucun malaise. On va jusqu'à l'appendice qui est très long et qu'on enlève. Fermeture de la paroi en trois plans. Suites opératoires excellentes. Jamais de température.

18 janvier : les signes pulmonaires sont moins nets qu'au début. Persistance des signes à gauche. Rien à droite à l'auscultation.

Intradermo : fortement positive.

Bon état général. Augmentation du poids.

OBSERVATION N° 253

D... M., 23 ans. II pare.

18 mars : vient à la consultation pour des métrorrhagies durant depuis trois semaines, mais ayant cessé depuis l'avant-veille.

Antécédents héréditaires. — Mère décédée tuberculeuse à 47 ans, en 1924. Père mort d'accident, en 1906.

Antécédents collatéraux. — Quatre frères et sœurs vivants.

Antécédents personnels. — Jamais malade; a toussé toutefois depuis sa première grossesse qui remonte à 1923.

Antécédents obstétricaux. — Le 8 juillet 1923, une fille qui a présenté pendant six semaines des convulsions et de la diarrhée

Grossesse actuelle. — Dernières règles le 4 janvier 1925. Pas de règles le 4 février, mais petites, rouges à la fin de février.

Du 26 février au 16 mars. — Pertes rouges sans douleurs.

18 mars : vient à la consultation où M. Metzger décide un curetage. Dès la pose des valves, on voit le placenta faisant hernie par l'orifice du col; celui-ci étant assez dilaté pour permettre le curetage instrumental qui ramène l'œuf au complet. Ecouvillonnage à la teinture d'iode. Depuis sa première grossesse, la malade toussait. Sueurs nocturnes et amaigrissement.

Radio le 25 février 1925, au dispensaire L. Bourgeois. Aspect en mie de pain sur les $\frac{2}{3}$ de la surface des deux champs pulmonaires.

Cœur dévié à gauche.

Température. — 18 mars : $38^{\circ}5$ à $36^{\circ}8$.

» 19 mars : $37^{\circ}8$ à $36^{\circ}5$.

» 20 mars $36^{\circ}4$ à $37^{\circ}8$.

» 22 mars : $36^{\circ}8$.

» 21 mars : $36^{\circ}4$ à $37^{\circ}2$.

23 mars. — Rentre chez elle dans un état général excellent.

OBSERVATION N° 1.648

Mlle F..., 21 ans, primipare, entre à la Maternité le 3 décembre 1926, pour une grossesse de 2 mois $\frac{1}{2}$, concomitante à une tuberculose pulmonaire.

A. H. — Père mort, affection hépatique. Mère morte, maladie nerveuse.

A. C. — Sœur en bonne santé.

A. P. — Réglée à quatorze ans. Toujours bien portante jusqu'à l'année dernière où elle a commencé à tousser et a marqué en même temps qu'elle éprouvait une douleur dans la fosse sus-épineuse gauche.

Radiographie : à ce moment le diagnostic d'infiltration du sommet gauche fut confirmé et la présence de bacilles dans les crachats lève tous les doutes.

Début août 1926. — Hémoptisie légère. Dernières règles du 15 au 20 août. La température commence à osciller entre 37° et 38°; l'état général devient médiocre.

Examen. — Sommet gauche : matité et vibration augmentées. quelques râles crépitants.

A droite : respiration soufflante au sommet.

A la Radio. — Infiltration du sommet gauche et de la région hilare droite.

Intradermo : positive.

6 décembre : la malade se plaint de douleurs siégeant dans

l'hémithorax gauche sans qu'aucune modification stéthacoustique ne survienne.

On trouve des bacilles de Koch dans les crachats.

8 décembre : Sous crépitants dans les $\frac{2}{3}$ supérieurs du poumon gauche. Sibilants partie moyenne du poumon droit.

10 décembre : on met deux lamineuses.

11 décembre : pas d'anesthésie.

La dilatation est suffisante pour introduire un doigt, une des lamineuses a filé dans l'utérus.

Evacuation de l'œuf avec la pince de Bonnaire, on vérifie sous le doigt que l'utérus est vide, et bien qu'on en soit à peu près certain, on passe la curette de Cuzzi et une curette à dents de scie.

Sondage. Tamponnement.

13 décembre : légères douleurs abdominales.

18 décembre : la malade regagne son domicile, sa température étant en plateau depuis trois jours et sans qu'il y ait de modifications stéthacoustiques appréciables.

OBSERVATION N° 1.469

Mme B..., 35 ans. Fleuriste.

Entre à Tenon, le 13 septembre 1925.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère morte d'une affection pulmonaire en 1902.

Antécédents collatéraux. — Trois sœurs bien portantes.

Antécédents personnels. — Pleurésie séro-fibrineuse gauche, il y a six ans, ponctionnée et ayant nécessité une hospitalisation de trois mois à la suite de laquelle elle fit une cure en sanatorium.

Antécédents obstétricaux :

En 1913 : Grossesse normale, fille bien portante.

En 1914 : Grossesse normale, fille bien portante.

Pas de fausses-couches.

Etat actuel. — Il y a trois mois, en avril : douleurs abdominales; au même moment, la femme a commencé à tousser; un médecin appelé fait le diagnostic de rétroversion utérine. La femme, depuis cette époque, à des vomissements continuels, verdâtres et filants. Hospitalisée le 13 novembre 1925 pour un mauvais état général, on trouve des Bacilles de Koch dans les crachats. Les douleurs abdominales sont toujours vives et on constate des pertes rougeâtres de moyenne abondance.

Examen. — Femme très amaigrie dont l'abdomen volumineux et l'ombilic déplissé font un contraste frappant. Pas de liquide mais tympanisme. Palpation abdominale douloureuse.

Toucher. — Utérus gravide de deux mois et demi surtout développé en arrière. Le doigt ramène des glaires sanguinolants.

Auscultation pulmonaire. — Respiration rude aux deux som-

mets, la voix et la toux sont très retentissantes et on constate des craquemens. À gauche : sibilance.

Cœur : normal.

Intradermo : négative.

25 novembre. — Etant donné l'état général, on espère avoir une action plus complète par hystérectomie que par simple avortement provoqué. Il ne semble pas que le météorisme puisse être une gêne, car on ne prévoit pas, qu'après quelques jours seulement d'évolution il puisse y avoir une réaction péritonéale plastique.

Rachi-anesthésie : cinq centimètres cubes de stovaine. Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'incision du péritoine faite avec beaucoup de précautions montre l'intestin adhérent de partout; on va explorer dans la partie sus-pubienne, l'état est analogue et rend toute intervention impossible par voie haute. On referme en trois plans. Le soir, température élevée. Vomissements. Lavage d'estomac.

1^{er} décembre : pose de deux laminaires.

2 décembre : sans anesthésie, évacuation de l'utérus à la pince et à la curette mousse. Badigeonnage de la cavité utérine à l'iode.

3, 4, 5 décembre : l'état général qui était resté bon entre la laparotomie et l'avortement, décline rapidement après

celui-ci. Le faciès se modifie. La diarrhée apparaît, incoercible, résistant à l'opium. Une escarre fessière fait de rapides progrès. Les troubles psychiques prennent une grande intensité, la femme jusque-là tranquille devient agitée et veut se lever. Délire les trois derniers jours.

23 décembre : mort dans le coma.

DISCUSSION

Nous n'avons pu reproduire la totalité des observations qui ont servi de base à cette étude, nous avons choisi celles d'entre elles qui représentaient les différents modes d'évolution, selon que les grossesses ont été menées à terme ou qu'elles ont été interrompues avant ou après le 3^e mois.

Cette lacune a été en partie comblée par un tableau faisant état des 60 observations.

Dans les cas les plus favorables, c'est-à-dire chez les malades dont les lésions tuberculeuses semblaient pouvoir être considérées comme cicatrisées, il y a toujours ascension de la température après l'accouchement, en dehors de toute manifestation d'infection puerpérale.

On constate, en outre, que ces accouchements sont souvent à l'origine de la reprise d'accidents pulmonaires et de troubles de l'état général (amaigrissement, température).

On peut donc affirmer que dans la très grande majorité des cas, une grossesse survenant chez une bacillaire, même cliniquement guérie, comporte des risques, et que le fameux adage de Petter s'appliquerait dans toute sa rigueur, aux bacillaires bien plus qu'aux cardiaques.

Toutes les fois que l'aggravation de l'état général d'une tuberculeuse coïncide avec le début d'une grossesse, l'interruption de celle-ci devrait toujours être envisagée.

Il y a, dans l'interruption de la grossesse, deux cas à considérer :

- a) L'interruption a lieu avant le 3^e mois;
- b) L'interruption a lieu après le 3^e mois.

a) Dans le premier cas, il est facile d'extirper l'œuf en entier avec un minimum de traumatisme pour la cavité utérine. et d'évacuer l'utérus en un seul temps. Le plus souvent, quatre jours après l'intervention, la femme cesse de perdre et cela équivaut, en général, à un simple retour des menstrues.

b) Dans le second cas, au contraire, l'œuf est plus volumineux et le chirurgien est le plus souvent dans l'impossibilité d'évacuer l'utérus en un seul temps; le traumatisme subi est d'autant plus étendu. Il s'agit, dans ce cas, d'un véritable accouchement prématuré avec suites de couches et involution utérine; or, nous avons vu par les observations précédentes que ces suites de couches sont ce qu'il y a le plus à redouter; il ne reste donc, dans ce cas, que l'hystérectomie subtotale qui, en supprimant l'utérus, évite les suites de couches. La castration concomitante privant la malade de ses ovaires ralentit l'activité de ses échanges et semble agir de manière efficace sur l'évolution de la tuberculose.

Dans l'une des deux observations d'hystérectomie que nous avons citées, on constate que l'intradermo-réaction qui était négative avant l'intervention est devenue positive lorsque la femme a quitté l'hôpital, que son état général s'était notablement amélioré et quelle avait repris quelques kilos.

Il ne faut pas perdre de vue, toutefois, que dans les deux cas, interruption de grossesse ou hystérectomie dès que l'état général de l'opérée le permet, une cure en sanatorium avec traitement général s'impose. Il convient de reconnaître que les conditions de la pratique hospitalière ne sont pas, à cet égard, pour faciliter les choses.

Notre Maître, le professeur Metzger, a bien voulu nous donner l'observation de l'une de ses malades de ville, tout à fait démonstrative à cet égard, que nous nous empressons de citer.

OBSERVATION

Mme X..., 25 ans.

A. P. Néant.

A. H. Parents bien portants.

Réglée à 14 ans.

En 1924, est envoyée en Suisse dans un sanatorium, à la suite d'une pleurésie séro-fibrineuse et après un séjour de 5 mois, son état s'est sensiblement amélioré.

La température est normale, l'appétit revenu. Son mari vient la voir au mois de juin et la trouve transformée.

3 mois plus tard, la malade a subitement une hémoptysie, sa température reprend avec de grandes oscillations.

Le médecin du sanatorium, qui n'avait pas pris garde à l'interruption de ses règles, survenue après le départ du mari, l'examine et constate qu'elle est enceinte, elle rentre immédiatement à Paris où elle se confie au Professeur Metzger.

L'examen pulmonaire révèle des lésions d'infiltration des deux sommets. L'état général est médiocre.

L'intradermo est positive.

Au point de vue génital, utérus gravide de 4 mois.

M. Metzger fait une hystérectomie subtotale sous rachianesthésie.

Les suites opératoires sont excellentes, la température, après 5 jours d'oscillations, se stabilise et dès que son état le permet, la malade est renvoyée dans le sanatorium suisse où elle était auparavant, et d'où elle revient 8 mois après complètement guérie.

On ne saurait trop insister à cette occasion sur la nécessité de l'examen génital chez les bacillaires dont les règles auront cessé. On a trop tendance, en effet, à attribuer à l'état général une aménorrhée imputable seulement à une grossesse.

* *

L'interruption de la grossesse thérapeutique, l'hystérectomie et la stérilisation pour tuberculose ont rencontré, avons nous déjà dit, des adversaires irréductibles; sur quoi ces au-

teurs se sont-ils appuyés pour refuser d'admettre des procédés qui donnent, il faut le reconnaître, des résultats encourageants ? Surtout sur des raisons d'ordre sentimental, religieux, moral et social.

Avons nous le droit, disent ces auteurs, de priver un foyer d'enfants et d'aller à l'encontre des lois de la nature. Il nous semble évident qu'un mari auquel on aura exposé les dangers que fait courir la maternité à sa femme sera facilement convaincu, et convaincra facilement cette dernière, de la nécessité de l'intervention.

Les principes religieux, suivant les auteurs sacrés auxquels on s'adresse présentent une opposition plus ou moins formelle ; s'il y a bien écrit dans le Décalogue : « Tu ne tueras pas », les Pères de l'Eglise, Saint-Thomas et Saint-Athanasie en tête ne considèrent-ils pas la conception comme le dernier des buts à atteindre, dans l'état de mariage. Laissant la première place à la satisfaction de la concupiscence, et la seconde à la nécessité d'appui mutuel qu'éprouvent ici bas tous les êtres.

Pour ce qui est des considérations d'ordre social, la femme qui court de très gros risques dans la maternité a certainement d'autres façons de servir la société que de l'enrichir de créatures débiles et souffreteuses qu'une mort prématurée enlèvera dans la majorité des cas, ou qui resteront des parasites vivant à ses dépens, dans les autres.

Cette conception nous semble envisager, de façon assez

étroite, le rôle social de la femme qui en veut faire seulement une sorte de poulinière humaine.

Les Allemands n'hésitent pas, eux, pour éviter de s'encombrer de ces bêtes à chagrin, que sont le plus souvent les enfants issus de bacillaires et éviter de compromettre la vie de femmes qui peuvent tout de même apporter leur contribution à la prospérité nationale, dans un autre domaine à stériliser les tuberculeuses par ligature des trompes quand ils ont pu intervenir au moment où un simple avortement provoqué pouvait suffire à les mettre hors de danger.

	Intradermo	Femmes décédées	Suite de couches	ENFANTS	
				Vivants	Morts
44	+	1	15 fébriles	12	4
Grossesses menées	—	5	2 »	2	5
à terme	?		21 »	15	6
3	+		1 normale		
Grossesses inter-	—				
rompues à moins de	?		2 »		
3 mois					
11	+		3 »	1 »	1 »
Grossesses inter-	—	1	1 »	1 »	
rompues à plus de	?	1	5 »	1 »	4 »
3 mois spontanément					
ou artificiellement					
2	+		1 »		
Hystérectomie	—		1 »		

N. B. — Nous n'attachons nullement à ce tableau une valeur statistique, attendu qu'il comporte un nombre limité de cas et que les malades n'ont été suivies pour la plupart d'entre elles qu'une quinzaine de jours après l'accouchement.

Parmi celles qui sont portées comme ayant eu des suites de couches fébriles plusieurs ne sont sorties de la Maternité que pour aller mourir dans leur famille.

Rapprochons de ces chiffres ceux que Bulloire cite dans sa thèse sur le fonctionnement Baudelocque en l'année 1925 :

25 enfants sur 80 issus de mères tuberculeuses sont morts à la Maternité.

Et 8 femmes sur 28 représentent la mortalité maternelle totale sont décédées de tuberculose pulmonaire.

CONCLUSIONS

1° — Le début d'une grossesse peut déterminer chez une femme le réveil d'une tuberculose jusque là méconnue, ou augmenter des lésions déjà existantes.

2° — Toute grossesse aggravant manifestement une tuberculose pulmonaire devra être interrompue par avortement, provoqué avant le 3^e mois, ou par hystérectomie subtotale quand ce terme de la grossesse aura été dépassé.

Le diagnostic de grossesse devra être fait aussi précocement que possible.

3° — L'une et l'autre intervention devront être suivies d'une cure en sanatorium.

4° — L'intradermo-réaction à la tuberculine positive est d'un pronostic favorable, alors que négative elle est d'un pronostic fatal dans la très grande majorité des cas.

Vu le Doyen,

H. ROGER.

Vu, le Président,

JEANNIN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. CHARLÉTY.



SAUMUR. — IMPRIMERIE M. CHEVALIER



